

Beispiel eines 4-Phasen-Modells für Hypnotherapie bei komplexen Störungen

Peter Lembrecht

1. Einleitung

Der vorgestellte Ansatz eines strukturierten, hypnotherapeutischen Vorgehens entwickelte sich aus praktischen Erfahrungen in einem Beratungszentrum für Erziehungs-, Familien-, Paar- und Lebensfragen. Dieses Beratungszentrum befindet sich in einer ländlichen Region, die durch eine Unterversorgung mit psychotherapeutischen Hilfsmöglichkeiten gekennzeichnet ist. Dies hat zur Folge, dass Klienten mit umfassenden klinischen Störungsbildern nicht an niedergelassene Psychotherapeuten verwiesen werden können und deshalb im Rahmen des Beratungsprozesses teilweise psychotherapeutisch mitversorgt werden müssen. Aber aus Personal- und Zeitmangel sowie aufgrund der hohen Anmeldezahlen ist ein umfassendes, „lehrbuchgemäßes“ psychotherapeutisches Handeln nicht immer möglich. Andererseits können die Menschen aber auch nicht einfach abgewiesen werden, da es für sie kaum Alternativen gibt. Es wird also teilweise „improvisiert“ und die Aktivierung der Selbstheilungskräfte der Klienten steht im Mittelpunkt. Um für die vielen verschiedenen Störungsformen eine Art nachvollziehbares Handlungsmodell zu haben, versuchte ich ein Modell für eine strukturierte Hypnotherapie zu entwickeln, welche relativ schnell bei unterschiedlichsten Störungen und Problemen eine psychophysische Stabilisierung, Stärkung und Aktivierung von Selbstheilungsprozessen ermöglicht.

Die Personen, die sich im Psychologischen Beratungszentrum anmelden, können stark vereinfacht in zwei Hauptgruppen eingeteilt werden: in eine Gruppe relativ Ich-stabiler Klienten, die konkrete, klar umschriebene Probleme aufweisen. Diese Klienten können durch eine primär rational-lösungsorientierte Hilfe unterstützt werden, wie Grawe (1998, 1995) sie mit der „Aktiven Hilfe bei der Problembewältigung“, der „Problemaktualisierung“ und „Ressourcenaktivierung“ beschrieb. Daneben gibt es eine zweite Gruppe von Klienten, die - neben den im Vordergrund stehenden konkreten Problemen - zusätzlich massive klinische Störungsbilder aufweisen. Meistens sind

Peter Lembrecht, Husum

Beispiel eines 4-Phasen-Modells für Hypnotherapie bei komplexen Störungen

These: Dieser Artikel beschreibt die Umstände und Überlegungen, die zum Konzept eines in verschiedene Phasen gegliederten hypnotherapeutischen Vorgehens geführt haben. Dieses Konzept hat den Arbeitstitel „4-Phasen-Modell“. **Darlegung der These:** Es folgt eine kurze Erklärung der einzelnen Phasen des Modells. In der ersten Phase erfolgt der Aufbau einer therapeutischen Beziehung zum Klienten, die Diagnose (einschließlich der Erfassung von Ressourcen) und eine psychophysiologische Stabilisierung. In der zweiten Phase wird weiter an dieser Stabilisierung gearbeitet; dazu gehört die Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartungen, die Stärkung der Selbstheilungskräfte und eine allgemeine Ich-Stärkung. Diese Vorgänge beruhen auf der Aktualisierung und Förderung allgemeiner Ressourcen im Trancezustand. Die direkte hypnotherapeutische Auseinandersetzung mit den verschiedenen Symptomen folgt in der dritten Phase. Die funktionellen Aspekte der Symptome werden hierbei ebenfalls berücksichtigt. In der vierten Phase werden weitere psychodynamische Aspekte einbezogen: die hypnotherapeutische Behandlung der ursächlichen Bedingungen der Störungen und die unbewussten infantilen Bewältigungsstrategien. Diese Aspekte betreffen die gesamte Persönlichkeit des Klienten und zielen auf seine Entwicklung zu einer kongruenten, stabilen Persönlichkeit. Weiter wird in dem Artikel kurz auf Probleme im Zusammenhang mit multiplen Störungen hingewiesen. Besonders bei multiplen Störungen mit stressbezogenen somatischen Symptomen kann das 4-Phasen-Modell einen guten Hintergrund für die Planung und Durchführung therapeutischer Interventionen aufzeigen. Abschließend wird die praktische Durchführung des Modells an einem komplexen Fallbericht aufgezeigt. **Standpunkt des Autors:** Die Entwicklung und Umsetzung der hier vorgestellten Ideen geschah in den vergangenen Jahren meiner praktischen therapeutischen Tätigkeit. Ein wesentliches Ziel dieses Konzepts ist die Integration von Hypnose in den Kontext planbarer, strukturierter psychotherapeutischer Maßnahmen. **Schlussfolgerungen:** Das beschriebene therapeutische Vorgehen nach dem 4-Phasen-Modell hat sich bei multiplen Störungsbildern mit zusätzlichen somatischen Symptomen bewährt, beispielsweise bei Angst-Syndromen, Panikstörungen, psychosomatischen Krankheiten, chronischen Schmerzen und den unterschiedlichsten Symptomen intensiver Stressbelastung.

Schlüsselwörter: Hypnose, Hypnotherapie, Stress, Ressourcenaktivierung, symptomorientiertes Vorgehen, psychodynamisches Vorgehen

An example of a 4 Phases Model for hypnotherapy with complex disorders

Thesis: The article describes the circumstances and considerations resulting in a hypnotherapeutic approach with several phases. The working title for this concept is the "4 Phases Model". **Development of the theme:** It starts with a brief description of each phase. The first phase involves the establishment of a therapeutic relationship with the patient, the diagnosis

(including the identification of resources) and the psychophysiological stabilization of the patient. The second phase serves to further reinforce the patient's stability. This includes improving the patient's perception of his own self-efficacy, enhancing his powers of self-healing and generally boosting his ego. These processes are based on the discovery, use and support of the patient's general resources in a state of trance. This is followed by the direct hypnotherapeutic scrutiny of the patient's individual symptoms during phase three, also taking in the functional aspects of those symptoms. Phase four then encompasses further psychodynamic aspects, including the hypnotherapeutic treatment of the causes leading to the disorder, and unconscious infantile strategies developed to deal with the problem. These aspects affect the patient's entire personality and are geared towards developing a congruent, stable personality. The article also touches briefly on the problems associated with multiple disorders. The 4 Phases Model offers a solid basis for planning and carrying out therapeutic interventions, particularly in cases of multiple disorders with stress-related somatic symptoms. The article is concluded by a complex case report demonstrating the practical application of the model. **Author's position:** The ideas presented in this article were developed and implemented during the past years of my therapeutic practice. One of the essential objectives of this concept is the integration of hypnosis into predictable, well-structured psychotherapeutic measures. **Conclusion:** The therapeutic method according to the 4 Phases Model has proved successful in the treatment of multiple disorders with somatic symptoms, e.g. anxiety syndromes, panic disorders, psychosomatic illnesses, chronic pain and numerous symptoms related to intense stress.

Keywords: hypnosis, hypnotherapy, stress, resource activation, symptomatic approach, psychodynamic approach

Exemple d'un modèle d'hypnothérapie en 4 phases lors de troubles complexes.

Thème principal: Cet article décrit les circonstances et les réflexions qui ont conduit à concevoir une démarche hypnothérapeutique échelonné en différentes phases. Nous avons nommé ce concept de travail le «modèle en 4 phases». **Développement du thème:** C'est tout d'abord une courte explication sur chacune des phases du modèle qui est proposée. La première vise l'instauration de la relation thérapeutique avec le client, le diagnostic (comprenant l'identification des ressources) et la stabilisation psychophysologique du patient. Cette stabilisation est renforcée dans la seconde phase; comprenant la stimulation des attentes d'auto-efficaces, le renforcement des forces d'auto-guérison et du Moi. Cette démarche se fonde sur l'actualisation et la stimulation des ressources durant l'état de transe. L'exploration minutieuse des différents symptômes en état de transe constitue la troisième phase. La quatrième phase comprend d'autres aspects psychodynamiques : le traitement hypnothérapeutique des causes des troubles comme des stratégies de réalisation infantiles inconscientes. Ces aspects concernent l'ensemble de la personnalité du client et visent son développement vers une personnalité congruente et stable. L'attention est ensuite portée sur la question des troubles multiples. En particulier ceux qui s'expriment par des symptômes somatiques en relation avec le stress et pour lesquels le modèle en 4 phases fournit une bonne base pour la planification de l'intervention

*thérapeutique. L'article conclut par l'illustration ce modèle lors de la prise en charge d'un cas complexe. **Point de vue de l'auteur:** Le développement et l'élaboration des idées présentées dans cet article ont pris cours durant ma carrière thérapeutique clinique. Le but essentiel de ce concept vise l'intégration de l'hypnose dans un cadre de mesures permettant de structurer et de planifier la démarche psychothérapeutique. **Conclusions:** Le processus thérapeutique décrit selon le modèle en 4 phases s'est montré concluant lors de troubles multiples avec symptômes somatiques, par exemple lors de troubles anxieux ou paniques, de maladies psychosomatiques, de douleurs chroniques et de différents symptômes consécutifs au stress intense.*

Mots-clés: Hypnose, Hypnothérapie, Stress, Activation des ressources, démarche orientée vers les symptômes, démarche psychodynamique. (Eric Bovin)

dies verschiedene neurotische Entwicklungen, somatoforme Störungen und psychosomatische Erkrankungen. In dieser zweiten Gruppe findet sich auch eine beträchtliche Anzahl von Klienten mit mehreren diagnostizierbaren Störungen, die fast immer einen sehr langwierigen Verlauf haben. Eine Klientin aus dieser Gruppe wird im Fallbeispiel am Ende vorgestellt.

Die aktuellen Probleme, welche diese Klienten zur Anmeldung geführt haben, sind häufig komplex und verdecken anfänglich oft dahinterliegende Probleme. So zeigt sich nicht selten, dass eine Klientin mit dem Anmeldegrund: „Ich habe Eheprobleme, mein Mann spricht nicht mehr mit mir ...“ oder: „Ich habe Erziehungsprobleme, mein Kind ist so aggressiv ...“, selbst schon lange Jahre an einer generalisierten Angststörung mit Panikattacken, somatoformen Beschwerden und/oder depressiven Zuständen leidet. Außerdem hat diese Klientin dann vielleicht noch ein sehr gering ausgeprägtes Selbstwertgefühl und massive Auseinandersetzungen mit ihren Eltern bereits seit früher Kindheit. Solche vielschichtigen und komplexen Zusammenhänge erkennen viele Klienten zuerst nicht, sondern sie sehen ihre persönlichen Anmeldeprobleme meistens als durch andere Personen oder „die derzeitigen Umstände“ verursacht. Sie hoffen dann weiter auf eine entsprechende „Reparatur“ dieser isoliert gesehenen Probleme, so wie sie Reparaturen aus den technischen Bereichen der modernen Industriegesellschaft kennen. Eine derartige, isolierte Betrachtungsweise stößt schnell an ihre Grenzen. Deshalb ist es notwendig, bereits zu Beginn des therapeutischen Prozesses einen erweiterten Blickwinkel für die Probleme in neuem Kontext anzuregen. Dazu gehört ferner auch, möglichst schnell einen positiven Einfluss auf die Gesamtbefindlichkeit zu bewirken, um damit die Therapiemotivation, die Selbstheilungskräfte, die Hoffnung und andere Ressourcen des Klienten zu stärken. Mit dem Erleben von Verbesserungen sind die Klienten dann offener, sich auch mit den Problemen auseinanderzusetzen, welche sie ursprünglich nicht mit ihrem Anmeldegrund in Zusammenhang sahen, die aber trotzdem einen starken Einfluss auf ihre Problematik haben (siehe hierzu das Fallbeispiel am Ende dieses Artikels).

Zum Zeitraum der Anmeldung befinden sich die Klienten meistens in demoralisiertem Zustand und weisen eine chronische psychophysische Stresssymptomatik auf.

Dieser gestresste Zustand hat seine Ursprünge u.a. in den vielen gescheiterten Bewältigungsversuchen, der Belastung durch die Probleme und steht häufig auch mit zusätzlichen neurotischen Störungen, mit dem Symptomstress, einer Ich-Schwäche, Schmerzen etc. in Beziehung. In Verbindung damit besteht weiter ein andauerndes Erleben von Hilflosigkeit, Ängsten, Wut, und der Verlust wahrgenommener Selbstwirksamkeit. Die psychovegetative Erschöpfung mit dem Zustand der Reizbarkeit und Verunsicherung trägt dazu bei, dass sich die vorhandenen, aktuellen Probleme weiter verschärfen.

Bei Stressbelastungen, bei Angststörungen, psychosomatischen Krankheiten, multiplen Störungsbildern und chronischen Schmerzen zeigt sich deutlich, wie stark körperliche und seelische Prozesse interagieren. Gerade hier bieten Hypnose und Hypnotherapie vielseitige Interventionsmöglichkeiten, um einen gezielten Einfluss auf körperliche und psychische Prozesse zu nehmen. Die Komplexität der psychosomatischen und somatopsychischen Prozesse führte u.a. zu einem therapeutischen Vorgehen mit unterschiedlichen Schwerpunkten auf der Zeitachse. Diese strukturierte Vorgehensweise soll mit dem Arbeitstitel „4-Phasen-Modell“ bezeichnet werden. Hierbei wird zuerst mit Entspannungshypnosen zur Stressreduktion auf die körperliche Ebene eingegangen. Die Klienten erleben, wie schnell sich positive Veränderungen erzielen lassen. Mit der gestärkten Veränderungsmotivation und Hoffnung erfolgt dann eine ressourcenorientierte Stärkung der psychischen Befindlichkeit. Zu diesem Zeitpunkt haben die Klienten bereits vorhandene Einstellungen geändert, die Körper und Psyche als mehr oder weniger getrennt ansahen. Anschließend können sie sich mit ihrem nunmehr stabilisierten Zustand der direkten Behandlung ihrer multiplen Symptome zuwenden, die von ihnen oft ambivalent besetzt ist. Einerseits sollen die Symptome verschwinden, andererseits bestehen zu Beginn diverse Ängste vor einer direkten Auseinandersetzung damit. Diese anfänglichen Ängste haben sich jetzt aber durch die bisherigen positiven Therapieerfahrungen reduziert. Es muss noch darauf hingewiesen werden, dass ein hypnotherapeutisches Vorgehen in Verbindung mit Phasen- bzw. Stufenmodellen keineswegs neu ist. Elaborierte Modelle finden sich z.B. bei Van der Hart, Steele, Boon, & Brown, (1995) sowie im Artikel von Peter (1992) bezüglich der Arbeiten von Erika Fromm. Ferner wird im sog. „Therapieplan-Schema“ von Bongartz und Bongartz (2000) ein strukturiertes hypnotherapeutisches Vorgehen beschrieben.

2. Eine Anmerkung zum Komplex der multiplen Störungsbilder

Diese kurze Anmerkung soll darauf hinweisen, warum der empirischen Forschung und der Entwicklung von Handlungsmodellen für das therapeutische Vorgehen bei multiplen Störungen mehr Beachtung geschenkt werden sollte. Es gibt eine deutliche Diskrepanz zwischen den in der therapeutischen Praxis häufig auftretenden Klienten mit einer Kombination von mehreren Störungen und den relativ wenigen Beschreibungen möglichen therapeutischen Vorgehens in der psychologischen Fachliteratur. Das Auftreten von mehr als einer spezifisch diagnostizierbaren Störung wird auch als

Komorbidität bezeichnet. Die Komorbidität zählt Grawe (1998, S. 573) zu den „schlafenden Hunden“ der Psychotherapieforschung. Er weist darauf hin, dass monosymptomatische und komorbide Störungen unterschiedlich therapeutisch angegangen werden sollten, es aber dafür noch keine einschlägigen Hinweise gibt.

Bezüglich Komorbidität berichtet Grawe (a.a.O.), dass Klienten mit einer Somatisierungsstörung (ICD-10, F45.0) im Durchschnitt bis zu vier weitere Diagnosen auf sich vereinigen. Ähnlich verhält es sich bei der Komorbidität im Zusammenhang mit Angststörungen, wie Wittchen & Vossen (2000) zeigen. In ihrem Beitrag verweisen die Autoren auf eine Vielzahl von Untersuchungen und kommen zum Ergebnis, dass reine Angststörungen und Depressionen im klinischen Setting die Ausnahme darstellen. Sie erwähnen noch eine WHO-Studie von 1995, aus welcher hervorgeht, dass von den Patienten, die mit psychischen Problemen einen Hausarzt aufsuchen, rund 60 % mehr als nur eine psychische Störung aufweisen. Im Rahmen der praktischen therapeutischen Arbeit konnte ich in den letzten Jahren beobachten, dass sich, beispielsweise als Folge lang anhaltender Probleme in der Familie, bei vielen Klienten eine Vielzahl körperlicher Symptome zeigt, die ein Somatisierungssyndrom darstellen. Hauptmerkmale des Somatisierungssyndroms sind multiple, unklare körperliche Beschwerden, die mit psychischen Erschöpfungszuständen einhergehen. In seinem Beitrag zur Somatisierungsstörung erwähnt Rief (1999) die hohen Komorbiditätsraten, z. B. die Zusammenhänge mit depressiven Störungen (über 80 %) oder mit Angststörungen (30 - 50 %).

Insbesondere wenn ein Beschwerdebild mit vielen somatischen Erscheinungen dominiert, stehen viele Klienten mit medizinisch-organisch orientiertem Krankheitsmodell einer Psychotherapie distanziert bis ablehnend gegenüber. Für sie sind Informationen hilfreich, die aufzeigen, wie sich psychische und somatische Geschehnisse wechselseitig beeinflussen. Das grundlegende Prinzip derartiger körperlich-seelischer Störungszusammenhänge, die sich auf vier Ebenen (der somatischen, der kognitiven, der Gefühls- und der Verhaltensebene) auswirken, erläutere ich den Klienten am Beispiel der Stressreaktion, wie sie beispielsweise bei Kaluza (1996) dargestellt ist. Diesen körperlich-psychischen Zustand kennen sie, und die damit verbundenen, wechselseitig bedingten Veränderungen auf den vier Ebenen lassen sich gut anschaulich darstellen und nachvollziehen. Nach derartigen Erklärungen, im Zusammenhang mit Beispielen aus alltäglichen Situationen, beginnen die Klienten zu verstehen, dass sie immer als ganzer Mensch reagieren und handeln. Es wird für sie plausibel, dass die weit verbreitete einseitige dualistische Denkweise, die sich entweder am Körper oder an der Psyche orientiert, nicht stimmig ist. Zusätzlich zu dieser Veranschaulichung mit Hilfe des Stressmodells verwende ich auch das sog. „Teufelskreismodell der Angst“ von Margraf & Schneider (1999, 1989). In diesem Modell werden besonders die psychisch-körperlichen Wechselwirkungen mit ihren Aufschaukelungsprozessen und daraus sich ergebende, mögliche Ansatzpunkte für Interventionen deutlich.

Aus diesen wenigen Beispielen wird bereits ein neuer Stellenwert für die Berück-

sichtigung somatischer Aspekte bei einer Psychotherapie deutlich. Man kann davon ausgehen, dass es eine Überlegenheit der hypnotherapeutischen Interventionen bezüglich somatischer Veränderungen gibt gegenüber Psychotherapieverfahren, die primär kognitiv orientiert im Wachbewusstsein arbeiten. Das war ein weiteres Argument dafür, dass bei der 4-Phasen-Hypnotherapie gleich von Beginn auch der somatischen Ebene verstärkt Beachtung geschenkt wurde.

3. Das Konzept eines „4-Phasen-Modells“ für hypnotherapeutisches Vorgehen

Das vorgestellte Konzept bietet einen allgemeinen Rahmen für ein individuell orientiertes therapeutisches Vorgehen. Die therapeutischen Interventionen orientieren sich u.a. am jeweiligen Störungsbild, an den Ressourcen und der Biographie des Klienten sowie an seinem aktuellen Umfeld. Bewährt hat sich dieses Konzept in folgenden Bereichen: bei verschiedenen multiplen Störungsbildern (Komorbidität), generalisierten Angststörungen (insbesondere mit Panikanfällen und Agoraphobie), Somatisierungsstörungen, bei psychosomatischen Krankheiten und chronischen Schmerzen. Die Klienten benötigen eine gewisse grundlegende emotionale und körperliche Stabilität, um eine effektive kognitive Selbstkontrolle auszuüben. Eine derartige Selbstkontrolle unterliegt immer diversen emotionalen und körperlichen Einflüssen (Schmerz, Stress, Ängste etc.) sowie nicht zuletzt unbewussten Einwirkungen. Das zeigt sich auch eindrucksvoll in den vielen fehlgeschlagenen eigenen Versuchen der Problem- und Störungsbewältigung durch bewusstes Nachdenken, „vernunft-“ bzw. kognitiv gesteuertes Verhalten.

Ein Vorteil des 4-Phasen-Konzepts liegt darin, dass dem Klienten das geplante Vorgehen transparent und plausibel erklärt werden kann. Diese konzeptionelle Klarheit ist sinnvoll, denn es gibt Hinweise darauf, dass mangelnde Transparenz des therapeutischen Vorgehens für den Klienten zu Unzufriedenheit bzw. zu Therapieabbrüchen führen kann (Schulz, Winkler & Schröder, 1999). Es ist für die Klienten einsehbar, dass zunächst eine Stressreduktion und allgemeine psychophysische Stärkung mit dem Ziel der Verbesserung ihres aufgewühlt-erschöpften Zustandes hilfreich ist. Anschließend können sie sich, stabilisiert und mit positiven Tranceerfahrungen, den sie ängstigenden, spezifischen Symptomen zuwenden. Falls dieses symptomorientierte Vorgehen nicht den gewünschten, stabilen Erfolg bringt, ist für die Klienten in dieser Phase schon deutlich, dass ihre Probleme auch „irgendwas mit der Kindheit“ und früher Erlerntem zu tun haben können. Mit den bisher gesammelten positiven hypnotherapeutischen Erfahrungen sind sie dann von selbst bereit und motiviert für eine tiefergehende, ursachenorientierte Bearbeitung ihrer Störungen.

Obwohl der Schwerpunkt meiner Arbeit eindeutig im hypnotherapeutischen Bereich liegt, erfolgt - im Sinne eines dualen Vorgehens - neben der Hypnose auch ein Teil der therapeutischen Arbeit im Wachbewusstsein. So gibt es beispielsweise

Hypnotherapie bei komplexen Störungen

lösungsorientierte Gespräche bezüglich der Probleme, die zur Anmeldung geführt haben. Oft lassen sich die daraus ersichtlichen notwendigen Verhaltensänderungen wegen weiterer Störungen mit Ängsten und Selbstwertproblemen noch nicht adäquat umsetzen. Dies ist dann erst später bei emotionaler Stabilität möglich. Die allgemeine Struktur einer einzelnen Therapiesitzung hat folgende Form: Zu Beginn der Sitzung findet eine etwa 10 - 15minütige Besprechung des gegenwärtigen Zustandes und positiver bzw. negativer Veränderungen statt, die seit dem letzten Termin aufgetreten sind. Anschließend folgen 20 bis 40 Minuten Arbeit im Trance-Zustand, die ggf. auch von Bearbeitungs-Phasen im Wachbewusstsein unterbrochen werden kann. Danach erfolgt ein Gespräch über Ziele, Umsetzungen und über besondere Erlebnisse während der Trancearbeit. Ein derartiges Gespräch hat das Ziel der Stabilisierung und der Integration von hypnotherapeutischen Veränderungen in das Wachbewusstsein. Milton Erickson schreibt bezüglich der Rolle des Bewusstseins im hypnotherapeutischen Handeln: „Richtig durchgeführt, sollte Hypnotherapie gleichermaßen auf das Unbewusste und auf das Bewusstsein gerichtet sein, da die Integration der Persönlichkeit als Ganzes das gewünschte Ziel der Psychotherapie ist“ (Rossi 1998, S. 67).

Diese Basis-Struktur der einzelnen Sitzungen variiert in Abhängigkeit vom Therapieverlauf. So nehmen beispielsweise zu Beginn der Therapie die Schilderungen des Klienten über seine aktuellen Probleme, seine Zielvorstellungen etc. einen größeren zeitlichen Raum ein. Ebenso erfolgen von meiner Seite anschauliche Erklärungen über die geplante Vorgehensweise, die grundsätzlichen Auswirkungen von chronischem Stress (mit Alltagsbeispielen über das Zusammenwirken psychischer und körperlicher Funktionen), eine Aufklärung über „die Hypnose“, die von den meisten Klienten bei der Anmeldung in der Beratungsstelle nicht gewünscht oder erwartet wird. So müssen gelegentlich Vorurteile und Befürchtungen abgebaut werden und anhand von Beispielen über die erfolgreiche Anwendung von Hypnotherapie erst Interesse und Motivation erzeugt werden.

3.1 Phase 1: Beziehungsaufbau, Diagnostik und Stabilisierung des Klienten

Hauptsächlich bei stärker belasteten Klienten mit multiplen Störungsbildern zeigte sich, dass die alleinige Veränderung kognitiver Strategien und der Versuch einer Realisierung neuer Verhaltensweisen, gerade zu Beginn einer Therapie, zu negativen Erlebnissen führte. Die Klienten konnten das neue Verhalten aufgrund ihres gestresst-ängstlichen Zustandes, des mangelnden Selbstwertgefühls etc. nicht angemessen umsetzen. So machten sie die ihnen bereits bekannte Erfahrung, es wieder einmal nicht geschafft zu haben. Um ihnen das zu ersparen und gleichzeitig schnell positive Veränderungen herbeizuführen, beginne ich mit Interventionen, die eine vegetative und emotionale Stabilisierung zum Ziel haben.

Verbunden mit Gefühlen der Erschöpfung und demoralisierenden Gedanken haben viele Klienten bei der Anmeldung den Eindruck eines Kontrollverlustes, der so weit gehen kann, dass sie nicht einmal genau wissen, was mit ihnen los ist. Grawe (1998,

S. 533ff) verweist darauf, dass eine Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens zu Beginn einer Therapie besonders durch positive Kontrollerfahrungen vermittelt wird. Das subjektive Erleben von Kontrollerfahrungen und die Erwartung von zukünftigen Fortschritten versuche ich durch die therapeutischen Maßnahmen in den ersten beiden Phasen meines Modells zu unterstützen. In der ersten Phase kann der Klient erleben, wie er mit Hilfe von „Hypno-Entspannung“ die bisherigen belastenden und unkontrollierbaren körperlich-emotionalen Entgleisungen zumindest partiell unter seine Kontrolle bringen kann. Hierzu gehört auch die Verwendung von Audiocassetten mit Trancetexten zur Stressreduktion, die ein erster Schritt zum Erlernen von Selbsthypnose sind. Auf die bedeutsame Rolle des Stresskonzeptes, verweisen viele Arbeiten aus dem Bereich der Gesundheitswissenschaften (s. z.B. Schwarzer, 1993). Für den Hauptvertreter der Salutogenese, die sich mit der Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit beschäftigt, Antonovsky (1997), ist die Auseinandersetzung mit den Auswirkungen von Stressbelastungen sogar eine „Schlüsselfrage der Gesundheitswissenschaften.“ (S. 16).

Ein wesentliches Element dieser ersten Phase ist der Aufbau einer tragfähigen Beziehung zwischen Therapeut und Klient. Ein große Zahl von Klienten will, abhängig von ihrem Befinden, nicht nur rational orientierte Lösungsvorschläge, die sie von anderen Menschen schon genug bekommen haben, sondern möchten vor allen Dingen emotional angenommen und nicht-wertend verstanden werden. Der Therapeut muss darauf achten, dem Klienten dort zu begegnen, wo er sich in seinem momentanen Zustand und seinen Möglichkeiten befindet. Eine derartige klientenbezogene Vorgehensweise, mit den grundlegenden Elementen des Begleitens und Führens - „pacing“ und „leading“ genannt (Grinder & Bandler, 1989) - hat ihre Ursprünge teilweise in der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. Milton Erickson betrachtet den sich aus dieser zwischenmenschlichen Begegnung entwickelnden Rapport als zentrales Element der Hypnotherapie: „Durch diesen Rapport schaffen Therapeut und Patient zusammen einen neuen therapeutischen Bezugsrahmen, der als Wachstumsmedium dienen wird, in welchem sich die therapeutischen Reaktionen des Patienten entwickeln werden“ (Erickson & Rossi, 1989, S. 14). Durch ihre besondere Art der Begegnung und Atmosphäre vertieft die Hypnosearbeit meist schneller als andere Therapierverfahren das Vertrauensverhältnis zwischen Therapeut und Klient. Dabei ist darauf zu achten, dass der Klient nicht zu sehr regressive und passive Züge entwickelt und den Glauben an „Wunderheilungen“ durch Hypnose.

Verbunden mit dem Aufbau der therapeutischen Beziehung findet dann die Diagnostik statt, die nicht nur klassisch „defizitorientiert“ ist, sondern auch die Erfassung von Ressourcen beinhaltet. Den Hintergrund bildet ein zweidimensionales Modell von Gesundheit und Krankheit, wie es etwa bei Lutz (2000) vorgestellt wird. Im Gegensatz zum gängigen eindimensionalen Modell, nach dem wir entweder krank oder gesund sind, geht dieses Modell davon aus, dass jeder Mensch über gesundes und krankes Verhalten verfügt, das z. B. kontextabhängig hervorgerufen werden kann.

Durch die ersten Sitzungen mit Hypnose werden auch irrationale Ängste und negative Einstellungen gegenüber der anfangs für viele doch etwas „unheimlichen Hypnose“ abgebaut. Das ist wichtig, denn für sehr viele Klienten kommt der Vorschlag eines hypnotherapeutischen Vorgehens überraschend, weil sie sich bisher diese Möglichkeit nicht vorgestellt hatten. Durch das mehrmalige Erleben eines entspannten, sicheren Zustandes werden typische Befürchtungen und Ängste abgebaut, beispielsweise die Angst, dass man in Trance vollkommen die Kontrolle verliert und quasi ein „ohnmächtiges Opfer“ der Suggestionen ist, wie Klienten das von der Showhypnose kennen.

3.2 Phase 2: Ressourcenarbeit und Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung

In Verbindung mit der beginnenden psychophysischen Stabilisierung erfolgt nun eine hypnotherapeutische ressourcenorientierte Arbeit. Viele Klienten sind in dieser Anfangsphase noch verunsichert, sie wollen sich besser fühlen und haben eine ambivalente Einstellung zu ihren Problemen. Sie möchten, dass die Probleme und Symptome verschwinden, haben aber auch Angst vor einer intensiven, gefühlsmäßigen Auseinandersetzung damit. Viele psychologisch-medizinische Gedankengänge sind für sie noch nicht einsehbar, da sie andere Störungsmodelle und Weltbilder als Psychotherapeuten haben. Um die Stabilisierung und beginnende Verbesserung auszubauen, erfolgt in dieser zweiten Phase eine hypnotherapeutische Arbeit mit sog. „allgemeinen Ressourcen“, das sind grundlegende Gedanken, Vorstellungen und Gefühle von Stärke und Sicherheit, die für jeden Menschen hilfreich sind. Angestrebt wird mit diesem Vorgehen eine Ich-Stärkung und Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartungen. Diese ist für die weitere Stabilisierung und Veränderung relevant (Bandura, 1977). Es werden Ressourcen mobilisiert, die sehr oft zur Verringerung der Symptomatik beitragen. Ferner wird versucht, durch geeignete Suggestionen die Selbstheilungskräfte der Klienten zu stimulieren. Deren nachgewiesene Wirkung (Rossi, 1991) wird in der Wissenschaft häufig als „Placebo-Effekt“ bezeichnet. Die im Rahmen dieser Phase eintretende Verbesserung, innerliche Festigung und positive Motivation stellt eine gute Basis für die weiterführende, teilweise belastende, therapeutische Arbeit dar. Manchmal ist die erreichte Verbesserung auch so intensiv, dass die Klienten sich stabilisieren und eigenständig ihre Probleme zu lösen beginnen.

Gerade Hypnotherapie kann für das Erleben von diversen Ressourcen besonders hilfreich sein, denn die meisten Klienten haben erhebliche Schwierigkeiten, sich an Positives zu erinnern bzw. vorhandene Stärken und Fähigkeiten wahrzunehmen und gefühlsmäßig zu erleben, was u.a. durch ihren momentanen negativen Zustand deutlich behindert wird. Viele Untersuchungen im Bereich der kognitiven Psychologie weisen die Wirksamkeit eines selektierenden Einflusses von Emotionen auf kognitive Prozesse nach. Als Beispiel seien die Untersuchungen zum sog. „stimmungsabhängigen Gedächtnis“ nach Bower aufgeführt (siehe hierzu z.B. Mandl & Huber, 1983): Personen geben gespeicherte Gedächtnisinhalte dann am besten wieder, wenn sie sich

in der gleichen gefühlsmäßigen Stimmung befinden, in der sie diese erlebt bzw. gelernt haben. In Trance lassen sich recht gut verschiedene Gefühlszustände induzieren. Erlebt der Klient in Trance bestimmte positive Gefühle, dann fällt es ihm leichter, Kontakt zu hilfreichen Erinnerungen und Vorstellungen herzustellen.

In dieser Anfangsphase der Therapie bietet besonders die „Stellvertretertechnik“ gute Möglichkeiten, dem Klienten bestimmte Gefühle und Erlebnisse zu vermitteln, die er in einer direkten Ansprache noch nicht annehmen bzw. zulassen könnte (Bongartz & Bongartz, 2000, 2001). So kann es beispielsweise nicht in das Selbstbild eines unsicheren Menschen passen, fest und bestimmt seinen eigenen Standpunkt zu vertreten, oder ein aggressiv gehemmter Klient mit psychosomatischen Störungen leugnet seine aggressiven Anteile. Um solchen Klienten trotzdem Zugang zu den verdrängten Gefühlen von Selbstsicherheit, Durchsetzungsfähigkeit und Wut zu ermöglichen, wird in der Trance ein sogenannter Stellvertreter eingeführt. Die Identifikation mit diesem Stellvertreter im Trancezustand vermittelt dann entsprechende Gefühle, die auch zu dem Klienten gehören, die er aber bewusst noch nicht zulassen kann. Derartige Stellvertreter für das Erleben von Größe, Kraft und Stärke können z.B. große Berge, starke Bäume, reißende Flüsse, Feuer und Tiere (Löwe, Panther etc.) oder auch andere Menschen sein, die über bestimmte, gewünschte Verhaltensweisen verfügen, und mit denen sich der Klient identifizieren kann.

Die Verbesserung des Zustandes durch Hypno-Ressourcenarbeit kann dazu führen, dass sich Klienten in der Lage sehen, ihre Probleme wieder selbstständig zu lösen. Auffallend ist dabei, dass fast immer eine deutliche Reduktion der Symptome erfolgt ist, ohne dass direkte Arbeit mit den Symptomen stattgefunden hat. Anscheinend treten durch die Stabilisierung der allgemeinen Befindlichkeit und die ressourcenbedingte Stärkung des Selbstwertgefühls die Selbstheilungskräfte verstärkt in Erscheinung; man kann das auch als einen Prozess der positiven Selbstannahme beschreiben. Der Klient kann „Freundschaft mit sich selbst schließen“.

3.3 Phase 3: Symptomorientiertes Vorgehen

Viele Klienten haben bis dahin positive, stärkende Erfahrungen mit der Trancearbeit gemacht, aber die bisherigen Ergebnisse blieben noch nicht stabil oder führten noch nicht zu einer deutlichen Symptomreduktion. Bei multiplen Störungen muss die Entscheidung gefällt werden, welche Symptome zuerst therapeutisch behandelt werden sollen. Neben grundsätzlichen theoretischen Überlegungen liefern die Erfahrungen des bisherigen Therapie-Verlaufs gute Hinweise. Im Gegensatz zu den ersten beiden Phasen ist es nun auch schwieriger, ein allgemeingültiges Vorgehen darzustellen, denn die spezifischen Störungen und Symptome erfordern ein differentielles Vorgehen. Bei der Arbeit an den Symptomen müssen zusätzlich immer die Funktionen des Symptoms berücksichtigt werden. Angstzustände oder Schmerzen können auch die Funktion haben, Kontakt zu anderen Menschen herzustellen oder aber diesen zu vermeiden. Symptome können auch eine dahinter liegende Grunderkrankung verdecken, wie

z. B. psychosomatische Störungen oder Adipositas eine verborgene Depressionen oder somatische Krankheiten maskieren können.

Neben einer direkten Vorgehensweise mit symptomorientierten, konkreten Suggestionen verwende ich in dieser Phase zusätzlich eine „Symbolarbeit“ nach Bongartz & Bongartz (2000). Sie ermöglicht die Bearbeitung von belastenden, diffusen und vielschichtigen Problemen, ohne dass die Ursachen oder Hintergründe der Symptomatik bekannt sein müssen. Dazu wird mit dem Klienten im Trancezustand ein Symbol gesucht, das seine Symptome repräsentiert. Dieses von ihm selbst erzeugte konkrete oder abstrakte Symbol kann der Klient dann in eine gewünschte Richtung verändern, z.B. seine Farbe, Form oder Größe modifizieren, er kann mit ihm kämpfen, es wegschicken, es integrieren etc. Durch die intensive gefühlsmäßige Verbindung zwischen Symbol und Symptom zeigt sich, wenn das Symbol hinreichend passt, eine schnelle Veränderung der Symptomatik. So lernt der Klient auch, sein vorher als unkontrollierbar erfahrenes Symptom zunehmend mehr unter seine Kontrolle zu bringen.

Da die positiven Resultate solcher Trancearbeit im alltäglichen Leben manchmal nur von kurzer Dauer sind, müssen sie in einen erweiterten Kontext gestellt werden und zwar durch zielgerichtete Trancearbeit. Dabei erlebt sich der Klient in seinem gewünschten Ziel-Zustand bzw. in möglichen zukünftigen Situationen, die er in Trance bewältigen kann. Außerdem werden entsprechende posthypnotische Suggestionen verwendet. Weiter spielen Hausaufgaben eine wesentliche Rolle, wobei der Klient in realen Situationen dann entsprechende Verhaltensänderungen üben soll.

3.4 Phase 4: Ursächliche Bedingungen und erlernte Bewältigungsstrategien

Wie bereits erwähnt, zeigen sich auch nach der Phase der symptomorientierten Behandlung manchmal keine eindeutigen, stabilen Verbesserungen, sondern der Prozess stockt und/oder es treten neue Symptome auf. Obwohl Vertreter der Verhaltenstherapie (z.B. Margraf, 2000, S. 24) das Phänomen der Symptomverschiebung als „Fiktion“ abtun, scheint es sie zu geben (z.B. Tress, 1997, S. 4). Nach manchen Schulrichtungen müssen sich therapeutische Maßnahmen an ursächlichen Bedingungen orientieren. Damit könnten Symptomverschiebungen oder Rezidive verhindert werden. Gemäß dieser Theorien reicht die alleinige Bearbeitung des Symptoms nicht aus. Der erfolgreiche Ablauf eines inneren Klärungs- und Veränderungsprozesses ist nicht nur von der besonderen Art der Störung abhängig, sondern auch von grundsätzlichen kognitiv-emotionalen Eigenschaften des Klienten, u.a. von seiner grundsätzlichen Art, mit Gefühlen umzugehen, seiner Aufnahmebereitschaft für neue Erfahrungen, seine Selbstreflektion und seinem unbewussten Kommunikationsstil.

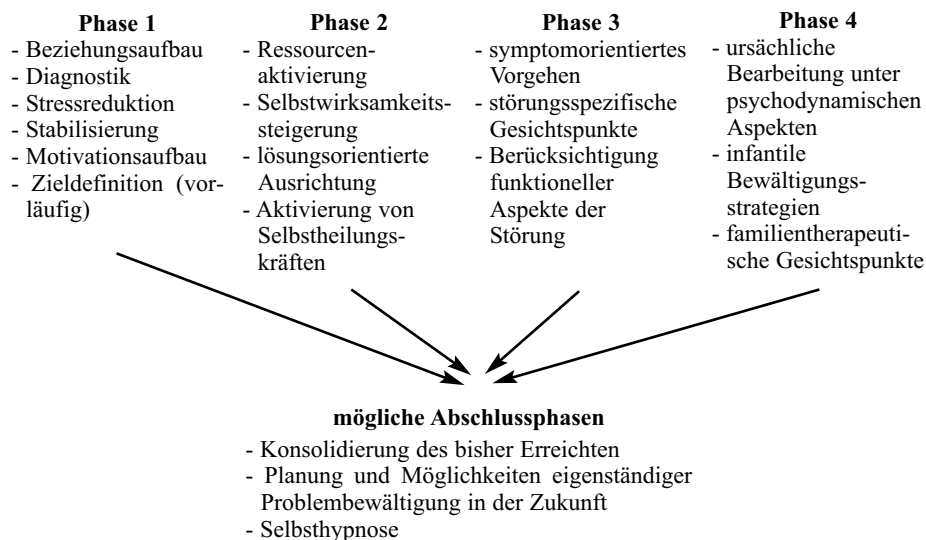
Bei der hypnotherapeutischen Behandlung von Angststörungen würde das bedeuten, dass nach den ersten drei Phasen zusätzlich eine ursachen- und klärungsorientierte Arbeit notwendig ist. Diese kann besonders das Bindungsverhalten des Klienten betreffen und damit seine frühen Erfahrungen in seiner Herkunftsfamilie. Nach Flöttmann (1993) und anderen psychodynamisch bzw. psychoanalytisch orientierten

Autoren spielt das Bindungsverhalten bei der Genese und Aufrechterhaltung von Angststörungen eine wesentliche Rolle. In dieser vierten Phase geht es also um Veränderungen in der Psychodynamik des Klienten. So werden im Trancezustand, neben der Exploration des Unbewussten, auch gezielte Veränderungen an abgespeicherten, bewussten und unbewussten Erfahrungen vorgenommen. Eine Vielzahl von Möglichkeiten, mit denen in Trance frühere Erfahrungen modifiziert werden können, finden sich z. B. bei Revenstorf & Peter (2001).

In Ergänzung zur beschriebenen „allgemeinen Ressourcenarbeit“ der zweiten Phase, die allgemeine, grundlegende Gefühle und Zustände betrifft und grundsätzlich für jeden Menschen hilfreich ist, findet in dieser Phase eine „spezifische Ressourcenarbeit“ statt. Diese orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen des Klienten hinsichtlich seiner konkreten defizitären oder traumatischen Erfahrungen. Wenn sich ein Klient in der Trancearbeit mit einer belastenden Situation aus seiner Vergangenheit auseinandersetzt, kann er sich vor der Konfrontation mit der verletzenden Situation bestimmte Ressourcen verfügbar machen, die er in der damaligen Situation benötigt hätte und mit deren Hilfe diese Situation anders und positiv neu erleben.

Einen wesentlichen Teil nimmt die therapeutische Arbeit an den sog. „infantilen Bewältigungsstrategien“ ein, wie sie bei Bongartz & Bongartz (2000) beschrieben ist. Hier geht es um die Veränderung von Strategien, die es dem Kind früher ermöglichten, sich innerhalb der Strukturen und vor Personen seiner Herkunftsfamilie zu schützen. Diese damals nützlichen Strategien können die Grundlage von psychischen und

Abb. 1: Schema des 4-Phasen-Modells



psychosomatischen Störungen im Erwachsenenalter werden. So kann ein Kind, das in einer ablehnenden, kalten Familienatmosphäre aufwächst, als Bewältigungsstrategie den Rückzug in Tagträumereien und innere Phantasiewelten entwickeln. Im Erwachsenenalter führt dann diese infantile Bewältigungsstrategie, die ihm damals das Leben erleichterte, zu Kommunikationsschwierigkeiten, sozialem Rückzug, Ängsten und möglicherweise zur Depression. Bei der therapeutischen Aufarbeitung und Klärungsarbeit der vierten Phase besteht auch die Möglichkeit, mit Hilfe der Altersregression frühere Situationen wieder zu erleben und sich zusätzlich, in Form einer Dissoziation und Rollenübernahme, in andere Familienmitglieder hinein zu versetzen. Im Sinne eines Reframing kann der Klient dann die damaligen Situationen mit veränderter Bedeutung erleben.

Die Struktur des beschriebenen Vorgehens in vier Phasen ist in Abb. 1 grafisch dargestellt.

In der Abschlussphase der Therapie erfolgt die Konsolidierung des bisher Erreichten. Es werden die erarbeiteten Verbesserungen nochmals verdeutlicht und bekräftigt. Ich versuche die Erfolge möglichst anschaulich und unter Einbeziehung mehrerer Sinnesmodalitäten zu verankern, um damit die Stabilität des Erreichten zu festigen. Zudem finden ergänzende Gespräche statt, die sich auf mögliche zukünftige Belastungen und deren positive Bewältigungsmöglichkeiten beziehen. Diese Situationen und deren erfolgreiche Bewältigung werden manchmal im Trancezustand tiefer verankert. Eine derartige Abschlussphase findet nicht nur nach Beendigung der vierten Phase statt, sondern auch dann, wenn die Therapie in früheren Phasen beendet wird.

4. Fallbeispiel

4.1 Anmeldegründe und Vorgeschichte

Die vorgestellte 37jährige Klientin, Frau Meier genannt, war beruflich selbständig und lebte seit fünf Jahren mit ihrem Lebenspartner zusammen. Zwischen den beiden zeigten sich in letzter Zeit zunehmende Spannungen, über die Frau Meier anfänglich nicht sprach. Ihr ursprünglicher Anmeldegrund gehörte eher in den Bereich „Erziehungsberatung“. So klagte sie darüber, dass ihr zunehmend die Kontrolle über ihren Sohn Hannes entglitt. Sie machte sich massive Sorgen über dessen weitere Entwicklung. Der zehnjährige Hannes stammte aus ihrer ersten Ehe. Seit einigen Monaten zeigte er ein zunehmend aggressives „Ausrasten“, das von lautstarkem Schreien und Toben begleitet wurde. Außerdem machten sich Konzentrationsschwierigkeiten und ein starker Leistungsabfall bemerkbar. Wegen dieser Auffälligkeiten hatte sich sein Klassenlehrer an Frau Meier gewandt und ihr empfohlen, sich an die Beratungsstelle zu wenden. Nach anfänglichem Zögern meldete sie sich verunsichert im Psychologischen Beratungszentrum, sie fühlte sich „geschickt“ und zu unrecht kritisiert. Frau Meier hat außerdem eine 21jährige Tochter, die seit zwei Jahren in einer eigenen Wohnung lebt. Das Verhältnis zwischen beiden ist deutlich angespannt, und durch Anklagen und Vorwürfe seitens der Tochter sowie durch starke Schuldgefühle und eine

trotzige Verteidigungshaltung von Frau Meier geprägt. Die Beziehung der beiden Kinder zu ihrem jetzigen Lebenspartner ist relativ frei von Spannungen und Problemen.

Bereits im Erstgespräch, in dem die Probleme mit Hannes im Vordergrund standen, stellte sich heraus, dass Frau Meier selbst an einer umfassenden Symptomatik litt. So zeigte sie eine generalisierte Angststörung mit gelegentlichen Panikattacken, die vor etwa 20 Jahren begann, und zwar kurz nach der Geburt ihrer Tochter. Die Angststörung verlief in den folgenden Jahren phasenweise. Frau Meiers Kommentar: „Ich begann mich irgendwie daran zu gewöhnen.“ Ferner hatte sie somatoforme Störungen im gastrointestinalen Bereich (Übelkeit, Schmerzen und gelegentliches Erbrechen) und eine Neigung zu Hautausschlägen. Für diese Beschwerden machte sie, trotz gegenteiliger Ausführungen ihres Hausarztes, rein organische Faktoren verantwortlich: „Das habe ich geerbt.“ Seit einigen Jahren hatte sie außerdem chronische Schmerzen in der rechten Schulter. Die Schmerzen ließen sie in der Nacht oft aufwachen und führten tagsüber zu einer reizbar-aggressiven Stimmung. Bei einer grundsätzlich positiven Einstellung zur Sexualität litt sie unter beginnendem Libidoverlust, den sie mit ihren Schmerzen in Zusammenhang brachte.

Frau Meier klagte ständig über sich und ihre Unfähigkeiten. Sie fühlte sich total erschöpft und war innerlich aufgewühlt-unruhig. Andererseits zeigte sich aber auch eine positive Lebensenergie in Tonfall, Körperhaltung, Bewegungen etc. Obgleich sie umfangreiche Beschwerden hatte, betrachtete sie sich nicht als therapiebedürftig. Sie erkannte kaum einen Zusammenhang zwischen ihren psychischen und körperlichen Beschwerden und den damit einhergehenden gereizt-unsicheren Verhaltensweisen, die sich auf die Befindlichkeit ihres Sohnes auswirkten. Anfänglich war für sie Hannes der alleinige Problemfall, der „repariert“ werden sollte.

Die Atmosphäre in ihrer Herkunftsfamilie beschrieb Frau Meier als kühl und leistungsorientiert. Kennzeichnend war ihr Erleben, den Ansprüchen der Eltern nie genügen zu können. Dies führte u.a. zur Schwierigkeit, sich wohl zu fühlen, positive Aspekte bei sich zu sehen oder Lob von anderen Menschen anzunehmen. Nach der Geburt ihrer Tochter fühlte sich Frau Meier innerhalb ihrer Familie noch mehr „außen vor“. Sie heiratete später den Vater ihrer Tochter, der sich in den folgenden Jahren immer mehr zum Alkoholiker entwickelte. Wegen der zunehmenden Eheschwierigkeiten, unter denen auch die Tochter zu leiden hatte, fühlt sich Frau Meier ihr gegenüber bis heute schuldig. Nach der Geburt von Hannes wollte sie sich von ihrem Mann scheiden lassen, doch während des Trennungsjahres verstarb er an den Folgen eines Verkehrsunfalls. Danach war sie alleinerziehende Mutter, bis sie vor etwa 5 Jahren ihren jetzigen Partner kennen lernte, den ihre Kinder nach anfänglichen Schwierigkeiten akzeptierten.

4.2.Phase 1: Beziehungsaufbau, Stressreduktion, Stabilisierung und Motivationsstärkung

Zum Erstgespräch kam Frau Meier ohne Hannes. Sie war unruhig und sehr stark auf

die Probleme ihres Sohnes fokussiert, für die sie die Schule verantwortlich machte. Sie sprach von sich aus lediglich über ihre Ängste und die sie belastenden grundsätzlichen Schuldgefühle. Wenn ich das Gespräch auf ihren Zustand, ihre Lebensgeschichte und ihr Verhalten brachte, lenkte sie ab und wich auf andere Themen aus.

Am Beispiel des „Ausrastens“ von Hannes erklärte ich ihr die Zusammenhänge von innerer Anspannung, Gedanken und auffälligen Verhaltensweisen. Ich achtete darauf, diese Erklärungen anhand des transaktionalen Stressmodells allgemein zu halten und so zu formulieren, dass sich Frau Meier dabei auch selbst mit ihren eigenen Problemen entdecken konnte. Anschließend machte ich ihr den Vorschlag, mittels Hypnose eine innere Beruhigung, Stabilisierung und Ich-Stärkung bei Hannes zu versuchen. Frau Meier empfand diesen Ansatz plausibel und stimmte zu. Sie hatte sich zwar nicht wegen einer Hypnotherapie angemeldet, hatte aber keine Vorurteile gegenüber Hypnose. Nach der üblichen Aufklärung machte ich den Vorschlag, die ersten Sitzungen gemeinsam mit ihrem Sohn durchzuführen. Dabei könne sie dann selbst erleben, wie sich ein Trancezustand anfühlt. Sie könne dabei feststellen, dass mit ihrem Sohn nichts Gefährliches oder eine Art „Hokuspokus“ wie bei den Showhypnosen stattfindet. Mit diesem Vorschlag verfolgte ich das Ziel, dass Frau Meier durch die Trancearbeit bei sich selbst positive Veränderungen bemerken könne und dadurch offener für ihre eigenen Probleme würde. Es war schnell erkennbar, dass Hannes der Symptomträger war. Sein Befinden und Verhalten wurde zu großen Teilen vom Zustand seiner Mutter beeinflusst, die das anfänglich nicht wahrhaben wollte.

Zum zweiten Gesprächstermin kamen Hannes und seine Mutter gemeinsam. Hannes war ein recht aufgeweckter, lebendiger Junge. Er zeigte kein aggressiv-angespanntes Verhalten, sondern blickte öfter besorgt zu seiner Mutter, wenn diese über Probleme sprach. In altersgerechter Form erklärte ich ihm die Auswirkungen von innerer Anspannung, wobei ich die möglichen Ursachen offen ließ. Den Trancezustand verdeutlichte ich am Beispiel des Tagträumens und von Phantasiereisen. Gleichzeitig machte ich den Vorschlag, die innere Anspannung auch durch sportliche Aktivitäten zu reduzieren. Dies kam dem Wunsch von Hannes entgegen, der schon seit längerer Zeit Interesse an einem Kampfsport hatte. Seine Mutter stimmte dieser Idee zu, da bei dieser Sportart gleichzeitig Konzentration und Selbstbeherrschung gefördert werden.

Die nächsten 3 Termine fanden im Abstand von jeweils 14 Tagen statt. In der ersten Sitzung mit dem Schwerpunkt „Entspannung“, zum Kennenlernen des Trancezustandes, machten Hannes und seine Mutter nach der Induktion eine durch Suggestionen angeleitete Entspannungsreise durch den Körper. In der folgenden Sitzung sollten die Fähigkeiten gesteigert werden, von Problemen abzuschalten und einen Zustand der Entspannung und Gelassenheit zu erreichen. Um die veränderten Körperempfindungen besonders deutlich werden zu lassen, bediente ich mich einer modifizierten Form der „Kapitän Nemo“-Geschichten (Petermann & Vaitl, 1994). Mutter und Sohn begaben sich dabei zu einem Tauchausflug unter Wasser. Das Tranceer-

leben, bei dem der Körper im Medium „Wasser“ schwebt, erweist sich bei vielen Klienten mit muskulärer und psychischer Anspannung als hilfreich. Beide hatten keine Angst vor Wasser, und deshalb besprach ich eine Audiocassette mit einer ähnlichen Entspannungsgeschichte. Frau Meier und Hannes waren beide gut in der Lage, einen Trancezustand zu erreichen, und verloren ihre anfängliche Unsicherheit gegenüber der noch etwas „mystischen Hypnose“.

Zu diesem Zeitpunkt begann ich, ideomotorische Phänomene einzuführen. Im Trancezustand hielten Mutter und Sohn ihre Hände mit den Innenflächen nach oben. In diese „beiden Schalen“ konnten sie anschließend Spannungen, Ängste, Aggressionen etc. hineinfließen lassen. Ich verwendete dabei allgemein gehaltene Suggestionen, so dass beide die Möglichkeit hatten, sich ihren ganz individuellen Themen zu widmen. Nach der Sammlung von Problemen in den geöffneten Händen erfolgte eine durch Suggestionen angeleitete, ideomotorische Drehung der Hände nach innen. Dabei konnten die gesammelten Belastungen aus den Händen nach unten fallen. An die individuell unterschiedliche Drehbewegung kann man sich als Therapeut durch entsprechende Suggestionen relativ gut anpassen. Ausführlich beschrieben ist diese Übung „Sammeln und Loslassen“ bei Kaiser-Rekkas (1998, S. 116ff). Frau Meier und Hannes waren überrascht und begeistert, als die Übung trotz ihrer anfänglichen Zweifel gelang. Diese Begeisterung kommentierte ich mit dem Hinweis, dass sie beide noch über viele weitere unentdeckte Fähigkeiten und Stärken verfügten, zu denen der Trancezustand einen Zugang ermöglicht.

4.3 Phase 2: Ressourcenarbeit und Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung

Bei Hannes begannen sich Verbesserungen in der Selbstkontrolle seines Verhaltens zu zeigen und auch eine Reduktion der aggressiven Anspannung wurde deutlich. Gleich nach der ersten gemeinsamen Sitzung hatte er sich zum Karate-Training angemeldet. Jeden zweiten Tag hörte er eine Audiotassette mit Entspannungsgeschichten und Themen zur Steigerung des Selbstwertgefühls. Um diese Fortschritte weiter zu stabilisieren und den Fokus der therapeutischen Arbeit zunehmend auf die Probleme der Mutter zu verlagern, folgten zwei Sitzungen, in denen die Arbeit mit allgemeinen Ressourcen im Mittelpunkt stand. Dadurch war es möglich, noch weitere gemeinsame Trancesitzungen durchzuführen. Die Absicht, die Mutter therapeutisch zu unterstützen, gründete auf folgende Überlegungen: ich hatte Zweifel, dass die beginnende Veränderung bei Hannes über die Zeit stabil bleiben würde, wenn er in Zukunft immer wieder mit dem unruhigen, ungeduldigen Verhalten seiner Mutter konfrontiert werde. Außerdem machte mir die zunehmende Paarproblematik mit ihren Auswirkungen auf Hannes Sorgen.

Um einen besseren emotionalen Zugang zu eigenen Ressourcen zu bekommen und zur Stärkung der Selbstsicherheit wurde die bereits erwähnte „Stellvertretertechnik“ nach Bongartz & Bongartz (2000) gewählt. Diese Methode ermöglicht sehr gut ein Vorgehen, welches nicht an konkrete, individuell ausgerichtete Suggestionen gebun-

den ist. Durch das eher indirekte Vorgehen war es auch möglich, die Blockade positiv-selbstbezogener Gedanken bei Frau Meier zu umgehen. Aufgrund ihrer Biographie hatte sie quasi das „Verbot, positiv über sich selbst zu denken und glücklich zu sein“, wie sie das einmal beschrieb. Bei der einleitenden Erklärung betonte ich, dass dieses Vorgehen für eine weitere Selbstwertstabilisierung bei Hannes wichtig sei, aber auch für sie selbst hilfreich sein würde. Ich hatte die Hoffnung, dass Frau Meier aufgrund der erlebten positiven Erfahrungen zunehmend erkennen würde, dass sie selbst auch etwas an ihrem Zustand verändern kann und sich deshalb ihre abwehrend-resignative Einstellung verändern würde.

Die nächste Sitzung hatte das Thema „Stärke, Größe und Selbstsicherheit“. Als Stellvertreter für diese emotionalen Zustände wurde ein „großer Baum“ gewählt. Hannes und seine Mutter erlebten in Trance, wie es ist, wenn man sich als großer, kräftiger Baum fühlt, der über starke Wurzeln verfügt, der allen Unwettern erfolgreich getrotzt hat, der von den Menschen und Tieren wegen seiner Stattlichkeit bewundert wird. Es folgten noch zwei weitere Stellvertreter-Sitzungen. Auch von diesen Trance-Sitzungen erstellte ich Kassetten für das häusliche Training. Die Wirkung dieser Trancearbeit auf den Gesundheitszustand von Frau Meier war deutlich positiv. Sie fühlte sich kräftiger, aktiver und ihre gastrointestinalen Probleme verschwanden. Dies war verbunden mit der wachsenden Hoffnung, dass es auch nach so vielen Jahren mit Problemen möglich sein könne, für sich selbst mittels Hypnose positive Veränderungen zu erreichen. Anschließend musste sich Frau Meier wegen ihrer chronisch schmerzenden Schulter einer zweiten Operation unterziehen. Da es mit Hannes in der letzten Zeit keine weiteren Probleme gegeben hatte, vereinbarten wir, dass sie sich noch einmal nach dem Krankenhausaufenthalt melden solle.

Als sie sich nach 8 Wochen wieder meldete, war sie in depressiv-resigniertem Zustand, weil die Operation keine Verbesserung gebracht hatte. Sie hatte drei Panikattacken erlebt und ihre diffusen Angstgefühle hatten sich verstärkt. Dagegen waren die Verbesserungen bei Hannes weiterhin stabil. Frau Meier bat nun von sich aus um weitere Termine. Wir vereinbarten eine symptomorientierte Arbeit an ihren Beschwerden, insbesondere an ihren Ängsten und den Panikattacken. Ihre somatischen Beschwerden wurden medikamentös und durch Krankengymnastik behandelt.

4.4 Phase 3: Symptomorientiertes Vorgehen

Um möglichst bald weitere Veränderungen zu erreichen, begann ich, ihre Ängste und Schmerzen mit der Methode der sog. „Symbolarbeit“ (Bongartz & Bongartz, 2000) zu behandeln. Diese Methode eignet sich besonders gut bei generalisierten Angstzuständen. Die Verbindung der diffusen, unerklärlichen Angstgefühle und Körperreaktionen mit einem anschaulichen und greifbaren Symbol macht die Ängste konkreter und leichter veränderbar. So wird zusätzlich ein Gefühl der Kontrollierbarkeit der Ängsten entwickelt, wenn auch vorerst nur für eine begrenzte Zeitspanne.

Ein Beispiel soll dieses Vorgehen illustrieren: Im Trancezustand nahm Frau Meier

zuerst gefühlsmäßigen Kontakt mit ihren diffusen Ängsten auf. Als sie diese deutlich spüren konnte und sich ihre körperliche Befindlichkeit sichtbar veränderte, bat ich sie, irgendein Symbol für diese aktuellen Gefühle zu entwickeln. Sie imaginierte einen Schwamm, der sich vor ihrer Brust befand, und aus dem, Tränen ähnlich, Wasser her austropfte. Mittels fraktionierter Hypnose wurden nun Möglichkeiten für eine Veränderung dieses „Schwamm“-Symbols gesucht. In einem ersten Versuch sah sich Frau Meier dissoziiert in der Trance. Sie sah, wie sie diesen Schwamm ergriff und ihn in ein Lagerfeuer warf, welches sie dafür angezündet hatte. Ihr Wunsch war, dass der Schwamm dort verbrennen solle. Nun ereignete sich etwas, das man als Widerstand des Symptoms interpretieren kann. Der Schwamm begann an seinen Ecken leicht zu kokeln und zeigte eine Art menschliches Gesicht, welches sie höhnisch angrinste. Der Veränderungsprozess stagnierte nun und weitere Versuche, mit dem Schwamm zu verhandeln, brachten auch nicht das gewünschte Ergebnis. Nun wurde Frau Meier wütend und imaginierte, wie sie einen großen Flammenwerfer ergriff und damit den Schwamm vollständig verbrannte. Die Reste der Asche spülte sie anschließend mit Wasser fort. Im Anschluss an diese Trance zeigten sich bei Frau Meier, neben intensiven Gefühlen der Erleichterung und Befreiung, auch deutlich starke körperliche Veränderungen. Ihr oft vorhandener, einengender Druck im Brust- und Herzbereich war verschwunden, sie konnte tief und befreit atmen und ihr Gesicht war stark durchblutet und hochrot. Weitere ähnliche Sitzungen führten zu einer Reduktion ihrer Ängste, sie hatte auch kaum noch Panikattacken.

Der Versuch, die chronischen Schmerzen zu reduzieren, brachte keinen stabilen Erfolg. Frau Meier konnte zwar das medizinisch diagnostizierte Loch in ihrer Sehne und geschädigte Nervenbahnen mittels Imagination „reparieren“, doch die dabei eintretende leichte Schmerzreduktion hielt jeweils nur ein bis zwei Tage an. Im Verlauf von therapeutischen Gesprächen und der symptomzentrierten Trance-Arbeit wurde immer offensichtlicher, dass bestimmte Erfahrungen, die sie als Kind und Jugendliche in ihrer Herkunftsfamilie gemacht hatte, bei der Genese der Angststörung eine bedeutende Rolle spielten. Wichtig war ihre Pubertätsphase, in der sie mit 16 Jahren Mutter wurde. Die entsprechenden Problemerkahrungen wurden einmal in familientherapeutisch orientierten Gesprächen im Wachbewusstsein aufgearbeitet und zusätzlich in Trance behandelt, um damit insbesondere die unbewusste und emotionale Komponente dieser Erfahrungen intensiv zu beeinflussen.

4.5 Phase 4: Ursächliche Bedingungen und erlernte Bewältigungsstrategien

Die therapeutische Arbeit in der vierten Phase besteht primär in der Aufarbeitung unbewusster Prozesse und der Modifizierung sog. „infantiler Bewältigungsstrategien“ (Bongartz & Bongartz, 2000). Diese ausgedehntere therapeutische Auseinandersetzung ist nicht immer notwendig, weil sich oft bereits nach der zweiten oder dritten Phase eine einigermaßen stabile Verbesserung bei den Klienten einstellt.

Frau Meier hatte bereits früh gelernt, sich den Normen ihrer Eltern und der kühlen

Familienatmosphäre durch Verdrängung ihrer eigenen Gefühle anzupassen. Neben einer Selbstabwertungstendenz erwarb sie die unbewusste Strategie der extremen Übernahme von Arbeit für andere Menschen. Sie wollte durch diese Hilfsbereitschaft Anerkennung bekommen. Und wenn sie sie erhielt, konnte sie sie wegen ihrer Selbstabwertungstendenz nicht annehmen. Als Folge hatte sie später zunehmend Schwierigkeiten, eigene Gefühle deutlich zu wahrzunehmen, mit Ausnahme ihrer Ängste und depressiven Verstimmungen. Sie hatte auch Schwierigkeiten, bestimmte Gefühle im Körperbereich zu empfinden und ihnen Ausdruck zu verleihen. Hier standen ihr Blockaden und frühere, verdrängte Erlebnisse im Weg.

Es erfolgten mehrere Sitzungen, in denen beispielsweise mit den Methoden der sog. „Affektbrücke“ und Altersregression gearbeitet wurde (z.B. Peter, 2001). In der Altersregression erlebte sie ihre bisher verdrängten Wut- und Einsamkeitsgefühle und konnte damit den Zugang zu ihrem gefühlsmäßigen Erleben verbessern. Durch gezielte Ressourcenarbeit konnte sie außerdem die Empfindungen ihrer damaligen Erlebnisse verändern und sich selbst anders erleben. Mit Hilfe dissoziativer Trance unterstützte sie sich selbst bei ihren korrigierenden Erfahrungen. Sie sah sich beispielsweise als kleines Mädchen und gleichzeitig als die heutige erwachsene Frau. Beide „Personen“ hatten Kontakt miteinander, und die erwachsene Frau Meier unterstützte sich selbst, indem sie dem kleinen Mädchen, bei erinnerten Auseinandersetzungen mit den Eltern, half. Später konnte sie sich ihr Recht auf Lob, Eigenlob und Glück zugestehen. Hilfreich war auch das Wiedererleben von Glück und Stolz als junge Mutter über ihre gesunde Tochter. Diese Gefühle waren durch spätere Erlebnisse quasi verschüttet, und allmählich konnte sie gegenüber ihrer Tochter eine entkrampfere und positivere Haltung einnehmen.

Nach einiger Zeit zeigte sich eine weitere Abnahme noch vorhandener Angstgefühle. Frau Meier begann sich klarer und kongruenter anderen Menschen gegenüber zu verhalten. Sie sorgte sich auch nicht mehr so übermäßig um ihren Sohn, sie „klammerte“ deutlich weniger. Allerdings änderte sich wenig an ihrer Gereiztheit. Sie fühlte sich immer hoffnungsloser. Die chronischen Schmerzen machten sie mutlos, ihretwegen konnte sie keine Nacht durchschlafen, und auch tagsüber hatte sie starke Bewegungsschmerzen. Die verschiedenen medizinischen Maßnahmen hatten keinen Erfolg gebracht, und der Arzt hatte ihr gesagt, dass es für die Schmerzen keine organische Ursache mehr geben könne. Es war offensichtlich, dass eine weitere Verbesserung und Stabilisierung des Zustandes von einer drastischen Schmerzreduktion abhängig wäre.

Da die bisherige Trancearbeit mit Interventionen direkt in der Schmerzregion nicht erfolgreich war, wollte ich jetzt versuchen, entsprechende Veränderungen im „Schmerzgedächtnis“ (Zimmermann, 1999) hypnotisch hervorzurufen. Ich induzierte bei Frau Meier eine doppelte Trance, d. h. im bereits erreichten Trancezustand setzte sie sich auf einen speziellen „Gesundheitsstuhl“ und ging dort nochmals in eine weitere, vertiefende Trance. Hier machte sie sich, sowohl visuell als auch kinästhetisch

orientiert, auf die Suche nach Bereichen innerhalb ihres Gehirns, die nach ihrer Vorstellung mit den chronischen Schmerzen in Verbindung standen. Als sie sich sicher war, einen solchen Bereich gefunden zu haben, veränderte sie die dort vorherrschenden Farben und faltete irgendetwas „Tuchähnliches“ zusammen. Über weitere Veränderungen konnte sie nach der Trance nicht berichten, da eine spontane Amnesie eingetreten war.

Zum nächsten Termin zwei Wochen später, erschien sie wie verwandelt. Seit der beschriebenen Trancesitzung war es ihr möglich, jede Nacht schmerzfrei durchzuschlafen. Tagsüber hatte sie kaum noch Ruheschmerz, und die Bewegungsschmerzen waren drastisch reduziert. Diese Verbesserung war trotz all ihrer Zweifel („Das ist doch nicht möglich ..., das gibt es doch nicht ...“) stabil, auch ohne medizinische Behandlung. In zwei weiteren Sitzungen wurde diese Veränderung konsolidiert. Als Folge dieser Schmerzreduktion begannen sich nun nachhaltige Veränderungen bei Frau Meier zu zeigen. Es schien so, als käme durch die Abnahme der chronischen Schmerzen die bisherigen therapeutischen Veränderungen nunmehr zu ihrer vollen Entfaltung. In den letzten beiden Sitzungen wurde auch über die bisher geleistete Veränderungsarbeit und die erreichten Erfolge reflektiert und zugleich entwickelte sie mit Hilfe von verschiedenen Altersprogressionen positive Zukunftserwartungen. Insgesamt umfasste die Therapie von Frau Meier und Hannes 27 Sitzungen über einen Zeitraum von 18 Monaten.

Literatur

- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84,191-215.
- Bongartz, B. & Bongartz, W. (2001). Die Stellvertretertechnik. In: Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg.) *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Bongartz, W. & Bongartz, B. (2000). *Hypnose-therapie*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe (2. Auflage).
- Erickson, M.H. & Rossi, E.L. (1989). *Hypnotherapie. Aufbau - Beispiele - Forschungen*. München: Pfeiffer (2. Auflage).
- Flöttmann, H. B. (1993). *Angst. Ursprung und Überwindung*. Stuttgart: Kohlhammer. 3. Auflage
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Grawe, K. (1995). Gerundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145. Berlin: Springer.
- Grinder, J. & Bandler R. (1989). *Therapie in Trance*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kaiser Rekkas, A. (1998). *Klinische Hypnose und Hypnotherapie. Praxisbezogenes Lehrbuch für die Ausbildung*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Kaluza, G. (1996). *Gelassen und sicher im Streß*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer (2., vollst. überarb. u. erw. Auflage).
- Lutz, R., (2000). *Gesundheit und Genuß: Euthyme Grundlagen der Verhaltenstherapie*. In: Margraf, J. (Hrsg.) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Bd. 1: Grundlagen - Diagnostik - Verfahren - Rahmenbedingungen. Berlin, Heidelberg: Springer (2., vollst. überarb. und erw. Aufl.).

Hypnotherapie bei komplexen Störungen

- Mandl, H. & Huber, G.L. (Hrsg.) (1983). Emotion und Kognition. München: Urban & Schwarzenberg.
- Margraf, J. (Hrsg.) (2000). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Bd. 1: Grundlagen - Diagnostik - Verfahren - Rahmenbedingungen. Berlin, Heidelberg: Springer (2., vollst. überarb. und erw. Aufl.).
- Margraf, J. & Schneider, S. (1999). Paniksyndrom und Agoraphobie. In: Margraf, J. (Hrsg.) Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2: Störungen, Glossar. Berlin, Heidelberg, New York: Springer (2., vollständig überarb. und erw. Auflage).
- Margraf, J. & Schneider, S. (1989). Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Peter, B. (2001). Altersregression. In: Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg.) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Peter, B. (1992). Hypnoanalyse: Der Beitrag von Erika Fromm. Hypnose und Kognition, 9 (1+2), 58-84.
- Petermann, F. & Vaitl, D. (Hrsg.). (1994). Handbuch der Entspannungsverfahren Bd. 2: Anwendungen. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union.
- Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg.) (2001). Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Rief, W. (1999). Somatisierungsstörung. In: Margraf, J. (Hrsg.) Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Bd. 2: Störungen, Glossar. Berlin, Heidelberg: Springer (2., vollst. überarb. und erw. Aufl.).
- Rossi, E. L. (Hrsg.). (1998). Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson, Band V. Innovative Hypnotherapie I. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Rossi, E. L. (1991). Die Psychobiologie der Seele-Körper-Heilung. Neue Ansätze der therapeutischen Hypnose. Essen: Synthesis-Verlag.
- Schwarzer, R. (1993). Streß, Angst und Handlungsregulation. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer: (3. Auflage).
- Schulz, M., Winkler, K. & Schröder, A. (1999). Motive für das Abbruchverhalten von Patienten bei ambulantly durchgeführter Psychotherapie. BDP - Report Psychologie 4: 266 - 271.
- Tress, W. (1997). Psychosomatische Grundversorgung: Compendium der interpersonellen Medizin. Stuttgart, New York: Schattauer: (2., überarb. Auflage).
- Van der Hart, O., Steele, K., Boon, S. & Brown, P. (1995). Die Behandlung traumatischer Erinnerungen: Synthese, Bewußtwerdung und Integration. Hypnose und Kognition, 11 (2), 33-67.
- Wittchen, H.-U. & Vossen, A. (2000). Komorbiditätsstrukturen bei Angststörungen - Häufigkeit und mögliche Implikationen. In: Margraf, J. (Hrsg.) Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Bd. 1: Grundlagen - Diagnostik - Verfahren - Rahmenbedingungen. Berlin, Heidelberg: Springer (2., vollst. überarb. und erw. Aufl.).
- Zimmermann, M. (1999). Physiologie von Nozizeption und Schmerz. In: Basler, H.-D., Franz, C., Kröner-Herwig, B., Rehfisch, H.-P., Seemann, H. (Hrsg.) Psychologische Schmerztherapie. Grundlagen - Diagnostik - Krankheitsbilder - Behandlung. Berlin, Heidelberg, New York: Springer (4. Auflage).

Peter Lembrecht, Dipl.-Psych.
Rungholtstr. 24
D-25813 Husum
e-mail: p-lembrecht@t-online.de

erhalten: 25.7.04

revidierte Version akzeptiert: 1.9.05